

I. Є. Афанасьєв

I. E. Afanasiev

Причини розвитку сексуальної дисгармонії подружньої пари при доброякісній гіперплазії передміхурової залози у чоловіка та роль при цьому біоритмологічного статусу подружжя

Causes of the development of sexual disharmony in matrimonial couple when a husband suffers from benign prostatic hyperplasia and the role of biorhythmological status of husband and wives

*Кафедра урології та медичної сексології
Українська медична стоматологічна академія
(Полтава)*

*Department of urology and medical sexology
Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava)*

На матеріалі 117 сімейних пар вивчено причини розвитку сексуальної дисгармонії подружньої пари при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) у чоловіка з оцінкою при цьому ролі біоритмологічного статусу подружжя.

On the material of 117 matrimonial couples there were studied the causes of sexual disharmony development in a couple with the benign prostatic hyperplasia in a husband and with the evaluation of the role of biorhythmological status of husbands and wives.

Виділено три варіанти сексуальної дисгармонії, що виникає при ДГПЗ у чоловіка. Встановлено, що в основі їх є багатофакторний етіопатогенез, що містить біологічні, психологічні та соціально-психологічні феномени.

There were picked out three variant of sexual disharmony which occurs when a husband suffers from benign prostatic hyperplasia. It was determined that in their basis there is etiopathogenesis, which includes biological, psychological and socio-psychological phenomena.

УДК 616.89–008.441.13–036.66–08

*О. В. Бараненко, молодший науковий співробітник
Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (Харків)*

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПІСЛЯ ЛІКВІДАЦІЇ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ВІДМІНИ ТА НА ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ РЕМІСІЇ

На даний час вважається, що на тривалість ремісії після стаціонарного лікування і вчасне звертання пацієнта за наркологічною допомогою у разі рецидиву впливає задоволеність пацієнта результатами госпіталізації. Показник якості життя (ЯЖ) може у певній мірі бути характеристикою суб'єктивного відношення хворого як до проявів та наслідків хвороби, так і до лікування, що проводилося. У вітчизняній психіатрії вже існують дослідження, в яких показник ЯЖ є критерієм ефективності лікування [1, 2].

Обстежено 15 осіб чоловічої статі середнім віком 41,67 ± 2,44 року з діагнозом «синдром залежності від алкоголю» (F 10.25 чи F 10.26) відповідно до критеріїв МКХ-10. Дослідження проводилося двічі — після ліквідації виражених проявів синдрому відміни алкоголю — на 4–6 день перебування хворого у стаціонарі, та на етапі становлення ремісії (30-й день перебування у стаціонарі). Вивчення особистісної сфери за шкалою особистісних особливостей Айзенка та методом оцінки особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна проводилося однократно, оскільки риси особистісної сфери є досить стабільними.

ВООЗ визначає якість життя як сприйняття людиною своєї позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, у якому він живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту [3]. У закордонній літературі дослідження, присвячені ЯЖ осіб, залежних від алкоголю, з'явилися 10 років тому [4–7]. Більшість дослідників вважає, що оцінка ЯЖ у осіб, що зловживають або залежні від алкоголю, знижується; також знижується оцінка ЯЖ під час рецидиву [8–10].

При проведенні оцінки отриманих у динаміці даних були встановлені середні показники ЯЖ, наведені у таблиці 1.

Враховуючи все це, можна припустити, що показник ЯЖ може бути інформативним критерієм прогнозу та ефективності лікування в алкогользалежних осіб.

Більшість обстежених оцінили якість життя досить високо, особливо в сфері самообслуговування і незалежності у діях (3), міжособистісної взаємодії (5) соціо-емоційної підтримки (6) і самореалізації (8). Низька оцінка дана обстеженими показникам фізичного та психологічного й емоційного благополуччя (відповідно шкали 1 та 2), працездатності (шкала 4), що може бути зумовлено афективними та астеничними проявами, які мають місце в структурі синдрому відміни алкоголю, та є наслідками тривалого зловживання алкоголем. Також низько обстежені оцінювали показник громадської та службової підтримки (шкала 7).

Мета роботи: вивчити динаміку параметрів ЯЖ у осіб з алкогольною залежністю після ліквідації проявів синдрому відміни та на етапі становлення ремісії, а також визначити клініко-психопатологічні фактори, що впливають на рівень ЯЖ у алкогользалежних пацієнтів.

Після проведеного лікування на етапі становлення ремісії найбільш виражені зміни відмічені в пунктах 1 (фізичне благополуччя), 3 (самообслуговування і незалежність у діях), 4 (працездатність) і 10 (загальне сприйняття ЯЖ). Найменші зміни спостерігалися в пунктах 7 (громадська та службова підтримка) і 8 (самореалізація). Компоненти показника ЯЖ, які піддаються змінам за термін дослідження (24–26 діб), більш залежать від афективних (субдепресивний фон настрою, тривожність, дисфорія) та астеничних проявів, що мають місце на початку лікування і досить ефективно піддаються терапії.

Середні значення показника ЯЖ (за Mezzich et al., 1999) у обстеженої групи хворих на момент ліквідації гострих проявів синдрому відміни алкоголю та на етапі становлення ремісії

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I	M	5,67	6,13	7,00	5,80	8,47	7,60	6,33	7,40	4,93	6,40	6,57
	m	± 0,62	± 0,64	± 0,58	± 0,60	± 0,47	± 0,70	± 0,58	± 0,58	± 0,75	± 0,53	± 0,28
II	M	6,93	6,73	8,40	6,40	9,13	7,67	6,40	7,53	4,93	7,53	7,17
	m	± 0,37	± 0,56	± 0,38	± 0,42	± 0,26	± 0,65	± 0,52	± 0,57	± 0,73	± 0,47	± 0,22
p*		> 0,001	> 0,001	> 0,001	> 0,001	> 0,001	> 0,001	> 0,05	> 0,001	> 0,05	> 0,001	> 0,001

Умовні позначення шкал: 1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне та емоційне благополуччя; 3 — самообслуговування і незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособистісна взаємодія; 6 — соціо-емоційна підтримка; 7 — громадська та службова підтримка; 8 — самореалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття ЯЖ, 11 — середнє значення за усіма шкалами (інтегральний показник ЯЖ)

I — після ліквідації виражених проявів синдрому відміни алкоголю; II — на етапі становлення ремісії

* — за 2-вибірковим критерієм Уїлкоксона

У ході дослідження було проведено аналіз кореляції між даними оцінки ЯЖ (середнє значення), методики САН (середнє значення) і даними психодіагностичних методик, що оцінюють особливості афективно-особистісної сфери — рівнем особистісної тривожності (ОТ) і ситуативної тривоги (СТ) за шкалою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, шкалою нейротизма опитувальника ЕРQ, і шкалою квантифікації патологічного потягу до алкоголю (ППА) за шкалою Н. В. Чередниченко — В. Б. Альшулера (рис. 1).

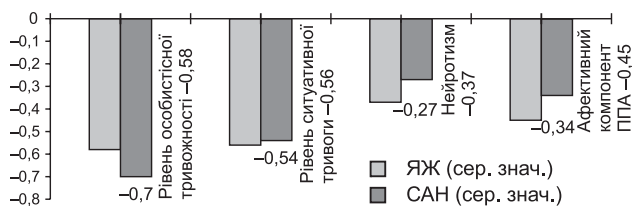


Рис. 1. Показники кореляції поміж показником ЯЖ, даними методики САН та деякими даними інших психодіагностичних обстежень

Кореляція між середнім значенням для показника ЯЖ та САН майже не відрізняється для рівня ситуативної тривоги ($r = -0,56$ і $r = -0,54$ відповідно). Для показника нейротизма за шкалою Айзенка ($r = -0,36$ і $r = -0,27$), афективного компонента ППА ($r = -0,45$ і $r = -0,34$), та рівня особистісної тривожності ($r = -0,7$ і $r = -0,58$) значення коефіцієнта кореляції незначно розбігаються. Для показника ЯЖ, на відміну від САН, не встановлено сильно вираженого кореляційного зв'язку з показниками психодіагностичних обстежень, що проводилися в рамках досліджень. Показник ЯЖ не є лінійним відображенням тих чи інших параметрів психодіагностичних досліджень, тому що показник ЯЖ охоплює більш широку сферу діяльності людини.

Показник широти за шкалою Айзенка був у всій групі обстежених $4,57 \pm 0,3$, що розцінюється як ситуативність.

З метою визначення впливу терміну захворювання і пов'язаних з цим негативних наслідків алкоголізації, було проведено зіставлення даних оцінки ЯЖ на етапі становлення ремісії в групах досліджуваних з терміном захворювання до 10 років ($n = 6$) та 10 і більше років ($n = 9$) (рис. 2).

Якість життя в групі з порівняно невеликим терміном захворювання оцінювалася вище за всіма показниками, ніж у групі обстежених з терміном захворювання 10 і більше років як на початку терапії, так і на етапі становлення ремісії, за винятком пункту 5 (міжособистісна взаємодія), оцінка якого на етапі становлення ремісії в обох групах обстежених майже не відрізнялася. Це свідчить про виражений негативний вплив на якість життя негативних психологічних, особистісних, макро- і мікросоціальних наслідків алкоголізації, що погіршуються із «стажем» захворювання.

■ особи з терміном захворювання до 10 років
 □ особи з терміном захворювання від 10 років та більше

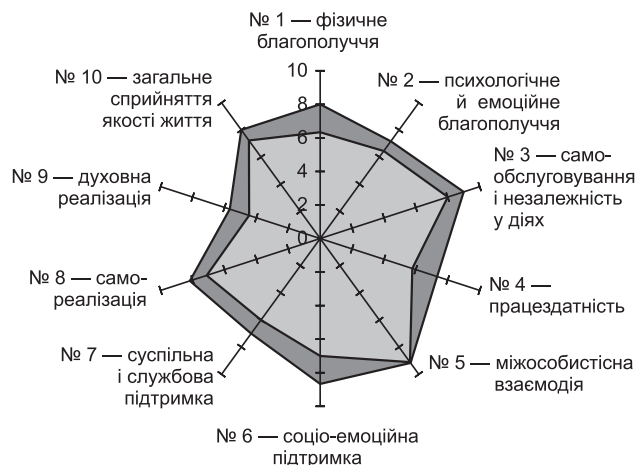


Рис. 2. Показники суб'єктивної ЯЖ в залежності від терміну захворювання (на етапі становлення ремісії)

Під час розгляду взаємозв'язку ЯЖ (оцінювалися пункт 10 — загальне сприйняття ЯЖ і інтегральний показник ЯЖ (усереднене значення за усіма шкалами)) з показниками ППА за методикою Н. В. Чередниченко — В. Б. Альшулера встановлено результати, що наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Показники кореляції між окремими шкалами ЯЖ та даними обслідування за глосарієм ППА за Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулером (1992) після ліквідації виражених проявів синдрому відміни алкоголю та на етапі становлення ремісії

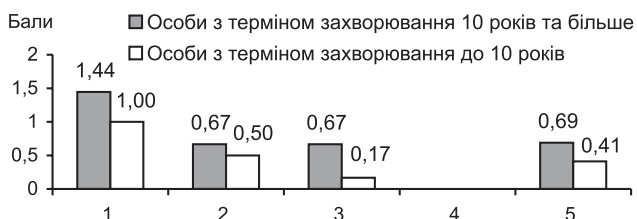
Компоненти ППА	На початку обстеження		На етапі становлення ремісії	
	1*	2*	1	2
Афективний	-0,32	-0,45	-0,37	-0,36
Вегетативний	-0,09	-0,31	-0,36	-0,22
Ідеаторний	-0,13	-0,11	-0,12	-0,01
Поведінковий**	-0,45	-0,12	—	—
Середнє значення	-0,37	-0,45	-0,37	-0,36

Умовні позначення: * — 1 — п. 10 опитувальника «Показник якості життя» (загальне сприйняття ЯЖ); 2 — інтегральний показник ЯЖ (середній показник за усіма шкалами)

** — на етапі становлення ремісії проявів поведінкового компонента ППА не було виявлено

Якість життя в алкогользалежних осіб знаходиться у зворотному кореляційному зв'язку з ППА. Компоненти ППА різною мірою впливають на показник ЯЖ. Ідеаторний компонент не має суттєвого впливу як на початку дослідження ($r = -0,11$ і $-0,13$), так і на етапі становлення ремісії ($r = -0,01$ і $-0,12$). Середнє значення (усереднене значення усіх компонентів ППА) має помірно виражений кореляційний зв'язок з показником ЯЖ як на початковому етапі ($r = -0,37$ і $-0,45$), так і наприкінці дослідження ($r = -0,36$ і $-0,37$), отже на етапі становлення ремісії, прояви ППА мають негативний вплив на якість життя.

Під час порівняння показника ППА в групах обстежених залежно від терміну захворювання було з'ясовано, що в групі з терміном захворювання 10 років і більше на етапі становлення ремісії потяг до алкоголю був більш виражений за всіма складовими (рис. 3).



Умовні позначення шкал: 1 — афективний компонент; 2 — вегетативний компонент; 3 — ідеаторний компонент; 4 — поведінковий компонент; 5 — середнє значення.

Рис. 3. Показники ППА залежно від терміну захворювання на етапі становлення ремісії

Отримані дані свідчать про те, що при великій тривалості захворювання, поряд з погіршенням ЯЖ, патологічний потяг до алкоголю стає як більш вираженим, так і більш резистентним до терапії.

Висновки

У структурі показника ЯЖ можна виділити відносно статичні і динамічні складові. До динамічних можна

відносити фізичне благополуччя, самообслуговування і незалежність у діях, працездатність і загальне сприйняття ЯЖ; до статичних — соціо-емоційна підтримка, громадська та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, які детерміновані соціальними, особистісними та соціокультуральними факторами (громадська та службова підтримка, самореалізація, а тим більш духовна реалізація). Тому істотні зміни в оцінці цих показників за розглянутий інтервал маловірогідні.

Очевидно, що без додаткових методів терапії (які можуть містити в собі психофармакологічні і психотерапевтичні методи), навряд чи можна домогтися більш значної зміни ЯЖ пацієнтів, що залежать від алкоголю, у процесі лікування. У період становлення ремісії пацієнти мають потребу у підтримуючій терапії, спрямованій на ліквідацію залишкових проявів ППА та астенічних й афективних розладів, інакше кажучи, терапії, побічно спрямованої на поліпшення якості життя. Що до психотерапевтичних заходів, то вони повинні бути орієнтовані на поступове поліпшення ситуації у сферах соціальної реалізації та самореалізації хворих.

Список літератури

1. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4 (29). — С. 79–83.
2. Марута Н. О., Паныко Т. В., Явдак І. О. і др. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування // Там само. — 2002. — Т. 10, вип. 2 (31). — С. 113–114.
3. Абрамова І. В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — № 1 (7). — 2000. — С. 42–46.
4. Grabot D, Martin C, Auriacombe M, Tignol J: Assisted evaluation scale of quality of life Encephale. — 1996 May-Jun; 22 (3): 181–185.
5. Longabaugh R, Mattson M. E., Connors G. J., Cooney N. L.: Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research // J. Stud. Alcohol Suppl. 1994 Dec; 12: 119–129.
6. Richter D., Venzke A., Settlemayer J., Reker S. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients — heavy users or chronically ill patients? // Psychiatr. Prax. — 2002. — Oct; 29 (7): 364–368.
7. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. — 2001 Nov-Dec; 35 (6): 1057–1070.
8. Kraemer K. L., Maisto S. A., Conigliaro J., et al. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences // J. Gen. Intern. Med. — 2002 May; 17 (5): 382–386.
9. Foster J. H., Peters T. J., Marshall E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women: Alcohol. — 2000 Aug; 22 (1): 45–52.
10. Foster J. H., Marshall E. J., Peters T. J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol Clin. Exp. Res. — 2000 Nov; 24 (11): 1687–1692.
11. Чередниченко Н. В., Альтшулер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1992, № 3–4. — С. 15–17.
12. Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина. В 2-х т. — М.: Изд-во ВЛАДОС, 2000. — 248 с.
13. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 14.02.2006 р.

А. В. Бараненко

A. V. Baranenko

Параметры качества жизни у лиц с алкогольной зависимостью после ликвидации проявлений синдрома отмены и на этапе становления ремиссии

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

Показатель качества жизни может быть информативным критерием субъективного отношения больного как к проявлениям и последствиям болезни, так и к терапии.

Целью исследования было: изучить изменения показателя качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя, в процессе лечения и установить факторы, определяющие качество жизни этой категории лиц.

Показано выраженное негативное влияние на качество жизни психологических, макро- и микросоциальных последствий злоупотребления алкоголем. Также описано негативное влияние патологического влечения к алкоголю на качество жизни на стадии становления ремиссии. Представленные данные могут быть полезны для оптимизации психотерапевтических и психофармакологических методов противорецидивного лечения при алкогольной зависимости.

Parameters of quality of life of persons with alcohol dependence after liquidation of displays of alcohol withdrawal syndrome and on the stage of becoming of remission

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

The index of quality of life can be a measure to description of subjective relation of patient both to the displays and consequences of illness, and to therapy.

This study aimed at a description of the changes of quality of life of alcohol-dependent persons in the process of treatment for alcohol-related problems and factors. The 15 male patients were interviewed with questionnaires for assessment of subjective psychopathology, quality of life and craving for alcohol.

The expressed negative influence on quality of life in alcohol-dependent persons of negative psychological, macro- and microsocial consequences alcohol abuse, that get worse with the term of alcohol abuse, was shown. Also the negative effect of craving for alcohol on quality of life on the stage of becoming of remission was described. Presented data may be useful to elaboration psychotherapeutic and pharmacological methods of alcohol dependence treatment.

УДК 616.85–055.2–058

Т. Д. Бахтеева, канд. мед. наук

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В НЕВРОЗОГЕНЕЗЕ У ЖЕНЩИН

На современном этапе развития учения о невротических расстройствах многие авторы отмечают, что на формирование, структурно-динамические особенности и исходы невротических расстройств оказывают влияние не только возрастные, но и половые особенности. Эти различия проявляются как в распространении невротических расстройств (среди пациентов преобладают лица женского пола), так и в особенностях клинических проявлений, их динамике, исходах и т. д. [1–5].

Вопрос о причинах таких дифференциаций рассматривается в различных плоскостях. Часть исследователей считает, что причиной является психофизиологическая специфика пола человека, при этом отмечая повышенную эмоциональность женщин [6–8]. Другие находят причину в системе полоролевых отношений и обозначенного социумом гендерного стиля поведения [9, 10]. Третьи имеющие различия считают результатом «транквилизирующего», «терапевтического» влияния алкоголизации мужчин, которая является саногенным фактором в отношении развития у них невротической патологии [11–13].

С позиции отечественной концепции неврогенеза половые различия невротических расстройств формируются также под влиянием специфических психотравмирующих факторов, что обусловлено гендерными особенностями и спецификой иерархии ценностей [14–19]. При этом важную роль играют не только факторы среды и окружения, которые определяют патогенность психотравмы, но и степень удовлетворенности ими [20, 21].

Специфика психотравмирующих факторов определяет особенности клинических проявлений, которые должны учитываться в процессе диагностики, терапии и профилактики данной патологии.

Особую роль в механизмах неврогенеза играют социально-психологические факторы. Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение степени удовлетворенности болеющих невротическими расстройствами женщин образованием, профессией, семейным положением, взаимоотношениями в семье и на работе, и сравнение этих показателей с таковыми у мужчин.

Для реализации поставленной цели нами использована анкета, построенная по принципу семантического дифференциала, позволяющая оценить степень удовлетворенности индивида полученным образованием, взаимоотношениями в семье и т. д. [22].

Нами были обследованы 316 женщин с различными формами неврозов: 113 — с неврастенией (F 48.0), 94 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 40.0) и 109 — с соматоформными расстройствами (F 45.0). В группу сравнения вошли 127 мужчин с аналогичными формами невротической патологии: 46 больных неврастенией (F 48.0), 38 больных с тревожно-фобическими расстройствами (F 40.0) и 43 больных с соматоформными расстройствами (F 45.0).

Как свидетельствуют полученные данные, среди больных неврозами женщин преобладали лица в возрасте 30–39 лет (44,3 %). Пациенты в возрасте 40–49 лет составляли 30,7 %, в возрасте от 20 до 29 лет — 25,0 %. Среди обследованных мужчин также чаще встречались лица в возрасте от 30 до 39 лет (51,9 %). 31,5 % составляли лица в возрасте от 40 до 49 лет и 16,5 % находились в возрастной группе 20–29 лет.

Анализируя образовательный уровень обследованных, мы установили, что большинство обследованных женщин имели высшее (53,2 %) и среднее